



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO – CONCENTRAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA

RENATA MESQUITA E OLIVEIRA

**PERFIL DOS PAIS FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA PRIMEIRA
INFÂNCIA**

Florianópolis, dezembro de 2007

RENATA MESQUITA E OLIVEIRA

**PERFIL DOS PAIS FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA PRIMEIRA
INFÂNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Odontopediatria), Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Odontologia (Odontopediatria).

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Joeci de Oliveira

Florianópolis
2007

RENATA MESQUITA E OLIVEIRA

**PERFIL DOS PAIS FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA PRIMEIRA
INFÂNCIA**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de MESTRE EM ODONTOLOGIA – Área de Concentração: ODONTOPEDIATRIA e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 12 de dezembro de 2007.

Prof. Dr. Ricardo de Sousa Vieira

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Joecí de Oliveira

Orientadora

Prof. Dr. Jefferson Luis Traibert

Membro

Prof^a. Dr^a. Mabel Cordeiro

Membro

DEDICATÓRIA

À minha família, meu grande orgulho,
pelo exemplo de caráter, dedicação e luta, pelos gestos de amor,
incentivo e confiança em acreditar sempre nos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, saúde e força para enfrentar os desafios que encontrei no caminho;

Aos meus pais, Cleuza e Ricardo, por sermos antes de tudo, verdadeiros amigos e parceiros de caminhada;

A minha irmã Roberta, minha amiga, companheira e maior incentivadora dos meus sonhos;

Ao Vô Mesquita e a minha amada e inesquecível Vô Yedda, pelo exemplo de família, união, amor e alegria de viver. Obrigada por torcerem tanto pela minha felicidade e, principalmente, por fazerem parte dela;

Ao Vô Oliveira e à saudosa Vô Lucinda, pelos bons momentos que já passamos juntos;

Aos meus tios, Ary e Isabella, Rubens e Tita, e meus primos, pelo incentivo e torcida pela minha realização pessoal e profissional;

A minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Joeci de Oliveira, por todos os ensinamentos, tanto dentro como fora da universidade. Obrigada pelo carinho, incentivo e por acreditar no meu potencial;

Ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de aperfeiçoar meu aprendizado em Odontologia;

Aos alunos do Curso de Graduação em Odontologia, por me proporcionar a experiência da docência;

Aos professores da disciplina de Odontopediatria, Prof. Ricardo de Sousa Viera, Prof^ª. Vera Lúcia Bosco, Prof^ª. Izabel Cristina Santos Almeida, Prf^ª. Joeci de Oliveira, pela valiosa contribuição na minha formação profissional;

À Prof^ª. Izabel Cristina Santos Almeida, cuja amizade e incentivo reforçaram a minha vontade de crescer profissionalmente;

À Prof. Mabel Cordeiro, pela experiência compartilhada e ensinamentos transmitidos durante o curso;

À Mariane Cardoso e Ana Cristina Petry Nunes, por ter me dado oportunidade de fazer parte da Clínica de Trauma e, assim, aprofundar meus conhecimentos na área;

À psicóloga da Disciplina de Odontopediatria Rosamaria Areal, pelo incentivo durante as clínicas de Odontopediatria;

À Michele Bolan, pela parceria e amizade durante o curso e pelas tantas fotografias realizadas durante as clínicas;

À Prof. Maria José de Carvalho Rocha, a quem tenho profunda admiração pelo exemplo de professora e dedicação à Odontopediatria;

Ao Prof. Jefferson Luis Traebert, pela atenção, disposição e profissionalismo em ajudar e orientar nas análises estatísticas deste trabalho;

A Ângela Scarparo, professora de Odontopediatria da Universidade do Sul de Santa Catarina, pela dedicação e disposição em ajudar na coleta dos dados desta pesquisa;

Às funcionárias da disciplina de Odontopediatria, Bete e Ivalda, pela dedicada ajuda sempre que solicitadas;

Às colegas do Curso de Mestrado, Bianca Zimmermann dos Santos, Juliana Yassue Barbosa da Silva e Lílian Mendes Coelho, pela amizade e momentos agradáveis vividos durante o curso;

Aos colegas do Curso de Doutorado, Carla, Karin, Helen, Catherine, Maria Helena, Thaís, Alexandre e Rui, pela convivência durante esses dois anos.

Ana Paula Caldeira de Andrada Beltrame, pela amizade sincera, carinho e incentivo dispensados a mim quando mais precisei;

*Aos meus colegas e amigos da Universidade do Vale do Itajaí, em especial, **Gisele, Ana Paula, Cristiane e Daniel**, pela grande amizade e torcida no alcance dos meus objetivos;*

*Às minhas amigas de sempre **Fer Stadler, Maria Fernanda, Cacá e Aninha**, por estarem presentes nos momentos importantes da minha vida;*

*E, finalmente, a todas as **crianças** que fizeram parte deste estudo e aos seus **responsáveis** por toda a colaboração.*

RESUMO

OLIVEIRA, Renata Mesquita e. Perfil dos pais frente ao atendimento odontológico na primeira infância. Florianópolis, 2007. Dissertação (Mestrado em Odontologia, área de concentração em Odontopediatria) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

O presente estudo objetivou conhecer a perfil dos pais frente à saúde bucal de seus filhos, avaliando sua percepção frente ao atendimento odontológico na primeira infância e conhecendo a opinião dos mesmos quanto às técnicas de manejo de comportamento utilizadas em bebês. Foi realizado um estudo descritivo transversal. A amostra foi composta por 40 pais de crianças de zero a três anos de idade, atendidas na clínica de bebês da Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade do Sul de Santa Catarina. O instrumento utilizado foi um questionário composto por 27 perguntas objetivas (entre questões abertas e fechadas) que abordavam informações relativas ao objetivo desta pesquisa. Para o estudo de associação entre as variáveis utilizou-se o teste do Qui-Quadrado ou Exato de Fisher. A maioria dos pais (45,5%) possuía segundo grau completo, onde 74,1% destes responderam utilizar a escova dental como maneira de higiene bucal de seus filhos ($p= 0,048$). O grande motivo que levou os pais à procura de atendimento odontológico de seus filhos ainda na primeira infância foi a prevenção de doenças da boca (47,5%). A maioria dos pais (52,5%) não recebeu nenhum tipo de informação prévia de qualquer profissional da saúde durante a gestação. Com relação às técnicas de controle de comportamento, 87,5% dos pais eram a favor da contenção física do bebê para possibilitar o atendimento clínico e 90% deles foram contra a possibilidade de sedação ou que a criança fosse submetida à anestesia geral para a realização de algum procedimento clínico. Concluiu-se que os pais são conscientes da importância da prevenção para a saúde bucal de seus filhos, porém existe uma necessidade de maior informação sobre saúde bucal ainda durante a gestação. Ainda assim, o uso de técnicas farmacológicas é visto com precaução pelos pais, fazendo com que a contenção física ainda seja a maneira mais aceita e a mais utilizada para o controle de comportamento da criança na primeira infância.

Palavras-chave: PERFIL, PAIS, ODONTOLOGIA, BEBÊS.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Renata Mesquita e. Parents' profile assessment regarding pediatric dentistry in early childhood. Florianópolis, 2007. Dissertação (Mestrado em Odontologia, área de concentração em Odontopediatria) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

This study aimed to assess parents' profile regarding their children's oral health, to evaluate parents' perceptions about pediatric dentistry in early childhood, and to verify their opinion regarding behavior guidance techniques used in babies. Across-sectional study was designed by descriptive transversal. The sample included 40 parents of 0-to-3-year-old children, attending Baby Clinic at the Universidade Federal de Santa Catarina and at the Universidade do Sul de Santa Catarina. A questionnaire containing 27 objective questions regarding information related to the aims of this study was used. Qui-square or Exact Fisher's Tests were used to evaluate association between variables. Most parents (45.5%) had complete college schooling, and 74.1% of them reported to use toothbrush as oral hygiene tool in their children ($p= 0.048$). The major reason for attending dental care services during early childhood was to prevent oral diseases (47.5%). Most parents (52.5%) had not received any information from a health professional during pregnancy. Regarding behavior guidance techniques, 87.5% of the parents agreed with baby's protective stabilization in order to allow clinical treatment, while 90% disagreed with either sedation or general anesthesia to carry out any clinical procedure. It is concluded that parents are aware about the importance of prevention in oral health for their children; however, more information is necessary about this issue during pregnancy. Furthermore, the use of pharmacological techniques is thought of worry for parents; this makes of protective stabilization the most accepted and used behavior guidance technique to control children's behavior during early childhood.

Keywords: PROFILE, PARENTS, DENTISTRY, BABIES.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 - Classificação dos bebês segundo a faixa etária.

Tabela 2 - Classificação dos motivos que levaram os pais a procurarem atendimento odontológico para seus filhos.

Tabela 3- Distribuição da amostra de acordo com a maneira como é realizada a higiene bucal da criança.

Tabela 4 Associação entre o grau de instrução dos pais / idade da criança e a maneira como é feita a higiene bucal.

Tabela 5 - Associação entre a existência ou não de informação durante a gravidez e a época ideal para o início do atendimento odontológico.

Artigo 2

Tabela 1 - Distribuição da amostra dos pais segundo o sexo

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a informação recebida a respeito do atendimento odontológico na primeira infância.

Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com a informação recebida a respeito do atendimento odontológico.

Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto a segurança dos pais durante o atendimento odontológico de seu filho.

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com o choro como fator de ansiedade dos pais durante o atendimento odontológico de seus filhos.

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com possibilidade de sedação do bebê

LISTA DE ABREVIATURAS

AAPD – American Academy of Pediatric Dentistry

AMEX – Aleitamento Materno Exclusivo

AMT – Aleitamento Materno Total

OMS – Organização Mundial da Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

1 INTRODUÇÃO GERAL

A Odontologia vem passando por mudanças significativas ao longo dos anos. Alterações essas que passaram da forma tradicional, meramente curativa, onde a relação paciente/profissional era unilateral, ou seja, o paciente não participava de maneira ativa do tratamento. Uma das formas mais importantes para esta mudança da mentalidade curativa/restauradora deu-se por meio da educação.

Hoje, o modelo de promoção de saúde enfoca a integralidade do paciente no momento em que ele deixa de ser visto como uma boca com dentes. Ainda assim, relaciona a saúde com a qualidade de vida e integra a educação em saúde à prevenção e à recuperação da mesma (PINTO, 2000).

A saúde bucal, assim como a saúde geral, deve ser alcançada de forma preventiva, lançando mão de instrumentos ou métodos que evitem a instalação de doenças (VOLPATO e FIGUEIREDO, 2005). A atenção à saúde bucal deve ser iniciada numa idade precoce, preferencialmente antes do primeiro ano de vida. Desta forma, é mais fácil favorecer o estabelecimento de hábitos saudáveis se os pais estiverem bem informados quanto aos riscos e prováveis efeitos negativos da utilização da mamadeira noturna com líquidos açucarados, concomitante à higiene deficiente, da importância dos hábitos alimentares, do uso de flúor e dos cuidados quanto à higiene bucal (BONECKER et al., 1997; AAPD, 2004).

No atendimento odontológico de bebês, os pais devem ter consciência do seu papel educativo em relação à higiene bucal de seus filhos, obtendo o sucesso com a construção de hábitos saudáveis de higiene bucal na criança (FRAIZ e WALTER, 2001).

O crescimento e desenvolvimento de uma criança são determinados tanto pela herança genética, quanto pelo meio ambiente, sobretudo no que se refere à instalação de doenças e à nutrição. Assim, as ações direcionadas ao atendimento de crianças devem priorizar a promoção de saúde, seguida da prevenção, diminuindo os riscos de desenvolvimento de doenças (MOURA et al., 2007).

Com o reconhecimento da dinâmica do processo saúde/doença, tornou-se necessária a implementação da atenção odontológica para o binômio mãe/criança, uma vez que já é comprovado que a transmissão da microbiota cariogênica se processa também de forma vertical (MOURA et al., 2007).

Até então, havia um consenso dentro da Odontopediatria que a época ideal para iniciar o atendimento odontológico e os tratamentos, quando necessários, era por volta de 2 a 3 anos (BALDANI et al., 2003). Entretanto, estudos realizados por Walter em 1987 (WALTER et al., 1996) demonstraram que a prevalência de cárie em crianças de zero a 30 meses de idade era alta (34%), e que se observava uma característica muito peculiar, que condizia com dados mundiais: o aumento da prevalência de cárie entre o primeiro e o segundo ano de vida. Concluiu-se que, em termos de promoção de saúde, o atendimento odontológico deveria iniciar antes da possibilidade do aparecimento da doença, ou seja, no primeiro ano de vida. Os resultados favoráveis afirmaram a Odontologia para Bebês como tópico importante na Odontologia culminando, no ano de 1993, durante a Segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal, com o reconhecimento do atendimento ao bebê como um “direito de cidadania” (WALTER et al., 1996).

Antigamente, se não houvesse nenhum quadro de infecção ou trauma dentário, a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) recomendava a primeira visita ao dentista aos 3 anos de idade. Em 1986, a AAPD formulou uma nova recomendação em que ressaltava a importância dos cuidados com a saúde bucal desde a fase pré-natal, através do aconselhamento aos pais. Já o atendimento pós-natal deve ser realizado por volta dos 6 meses, com a erupção dos primeiros dentes do bebê, e nunca depois dos 2 anos de idade (BLEN; NARENDHAN; JONES, 1999).

No Brasil, o professor Luiz Walter e demais professores da Universidade Estadual de Londrina, desenvolveram o projeto de atendimentos a bebês, com o objetivo de alcançar mudanças conceituais e, principalmente comportamentais, por meio da conscientização da população para o atendimento precoce e manutenção da saúde bucal, visando sua aplicação nos serviços públicos. Esta nova filosofia propunha o atendimento odontológico às crianças antes de completar o primeiro ano de vida (podendo ter início com a gestante), centrado principalmente na educação do núcleo familiar (pais, avós, babás, etc.), para realizar manobras preventivas no âmbito

doméstico como a limpeza da boca, o controle da amamentação noturna após os seis meses, o consumo “inteligente” de açúcares e a aplicação tópica de flúor (BALDANI et al., 2003). Dados encontrados na Bebê-Clínica (WALTER; NAKAMA, 1996) demonstraram que a possibilidade de prevenção de cárie no primeiro ano de vida é de 95,5% caindo para 71,5% aos dois anos. Além disso, o tratamento pela determinação e controle dos fatores de risco de cárie possibilita uma atenção odontológica mais abrangente e economicamente viável pela diminuição qualitativa e quantitativa da cárie dentária.

A prevenção na Odontologia tem recebido um espaço muito grande e importante nos dias atuais. Entretanto, observa-se que a maioria dos meios utilizados para prevenir doenças bucais é destinada àquelas pessoas que já adquiriram doença, ou seja, pouca ênfase tem se dado à prevenção precoce, destinada à higienização da cavidade bucal de bebês, ou mesmo à saúde bucal das gestantes (POLITANO et al., 2004). Com seu aspecto preventivo, a Odontopediatria tem como objetivo levar o paciente à idade adulta livre das doenças que acometem a cavidade bucal. Assim sendo, sua ação preventiva é iniciada ainda durante a gestação, sendo continuada após o nascimento do bebê (ROCHA; NASCIMENTO; PEREIRA, 2004).

A Odontopediatria é uma especialidade que requer uma enorme habilidade do profissional a que ela se dedica, levando em consideração, além da parte técnica, a relação interpessoal com o paciente infantil. Desta forma, quanto menor a idade da criança, maior será a dificuldade de se realizar qualquer tipo de procedimento invasivo. Assim, orientações odontológicas preventivas deveriam ser estabelecidas em programas de pré-natal e no acompanhamento do recém-nascido (LEAL; BEZERRA; TOLEDO, 2003 e MOREIRA; CHAVES; NÓBREGA, 2004).

Estudos mostram que hábitos em relação à saúde bucal dos recém nascidos são importantes mesmo quando estes ainda não têm dentes. Uma vez que as atitudes estão ligadas à cultura e à condição econômica, o retrato fiel da saúde do indivíduo estará conectado aos cuidados que recebeu por seus responsáveis desde sua fase pré-natal, fazendo que bons hábitos sejam sinônimo de saúde (ROCHA; NASCIMENTO; PEREIRA, 2004; KAMP, 1991).

KONISHI (1997) e AAPD (2004), afirmam que o ideal seria que o risco às doenças bucais no bebê fosse determinado o mais precocemente possível. Antes da criança nascer, deve ser realizada uma abordagem mais integral, na qual são considerados não só fatores biomédicos ou específicos da doença, mas também os psicossociais ou não específicos. Assim, inúmeros fatores deveriam ser incluídos, tais como: atividade de cárie, hábitos alimentares, intenção que a gestante tem de amamentar, educação, condição sócio-econômica, hábitos e saúde bucal dos pais e atitude dos pais em relação ao bebê.

De acordo com TEN CATE (1998), a formação dos dentes inicia-se na sexta semana de vida intra-uterina, realçando a importância de cuidados odontológicos previamente à chegada do bebê, ou seja, ainda durante a gravidez ou anteriormente à erupção dentária. Quanto mais cedo forem adquiridos os conhecimentos relacionados aos hábitos de higiene, normas de conduta e alimentação, menor será o risco de instalação de futuros problemas bucais (GALBIATTI; GIMENEZ; MORAES, 2002).

A Odontologia para bebês é o mais novo trabalho odontológico de caráter educativo e preventivo, pertencente à Odontopediatria. Sem dúvida é a oportunidade mais pura de se aplicar a prevenção em seus mais abrangentes aspectos, pois as ações devem envolver toda a família (ASSED, 2005).

No atendimento do paciente ainda bebê, o Odontopediatra deve se preocupar não só com a cavidade bucal em si, mas também com a saúde geral; já que a boca é o primeiro órgão de contato com o meio externo. O estabelecimento do “triângulo de relacionamento” que envolve pais, paciente e profissional, é extremamente relevante pois ressalta a importância da família na saúde do bebê, uma vez que este está longe de ser independente (ROCHA; NASCIMENTO; PEREIRA 2004).

A clínica na primeira infância é uma clínica de “multiespecialidades”, revelando a necessidade de constante aperfeiçoamento do profissional. A possibilidade do tratamento odontológico das crianças antes dos três anos de idade fornece uma grande oportunidade para os cirurgiões-dentistas realizarem a verdadeira prevenção (SANT’ANNA et al., 2002).

2 PROPOSIÇÃO

Conhecer a perfil dos pais em relação às atitudes de promoção de saúde bucal em seus filhos.

Avaliar a atitude dos pais frente ao atendimento odontológico na primeira infância.

Conhecer a opinião dos pais quanto às técnicas de manejo de comportamento utilizadas em bebês.

3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada na Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina e na Clínica de Bebês da Universidade do Sul de Santa Catarina, onde em ambas funcionam como uma disciplina optativa do curso de graduação em Odontologia destas universidades.

A Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina (inaugurada em 2004), bem como a Clínica de Bebês da Universidade do Sul de Santa Catarina (inaugurada em 2007), possuem como objetivo a orientação de pais e cuidadores visando a prevenção de doenças mais freqüentes da boca da criança na primeira infância, buscando um maior entendimento e motivação dos pais e/ou das pessoas mais próximas às crianças na adoção de hábitos saudáveis capazes de prevenir e/ou controlar a progressão de doenças da boca. Estas ações auxiliam na modificação de antigos costumes e construção de novos hábitos, tanto no ambiente familiar quanto no coletivo, obtendo, com isso, melhor qualidade de vida a todos.

Inicialmente, o programa oferece ação educativa direcionada aos pais dos bebês inscritos através de palestra de orientação e prevenção, com temas relacionados à relação direta entre saúde bucal e geral, importância do aleitamento materno, hábitos de sucção não nutritivos, importância dos dentes decíduos, principais doenças da boca bem como a maneira de preveni-las, transmissibilidade da cárie dentária, dieta, higiene bucal e uso racional do flúor. Posteriormente é realizado o atendimento clínico, onde os pais recebem orientações individuais aos pais sobre a saúde bucal do bebê. O acompanhamento e os retornos são estipulados de acordo com a necessidade específica da criança.

3.1 Tipo de estudo

Os dados foram inseridos em uma planilha especialmente desenhada para este estudo foram analisados de forma descritiva, com delineamento transversal, utilizando-se o software Epi Info 6,04.

Utilizou-se o teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher para testar a associação entre as variáveis de estudo com nível de significância $p < 0,05$.

3.2 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, protocolo n. 022/2007 (Anexo A).

3.3 Tamanho da amostra

Dos 49 questionários entregues, 40 (81,63%) enquadraram-se nos critérios de inclusão desta pesquisa. Assim, o universo estudado foi composto por 40 pais de crianças de zero a 36 meses de idade, atendidas na Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, no período de fevereiro a junho de 2007 e na Clínica de Bebês da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, no mês de agosto deste mesmo ano. Após a leitura e assinatura do termo de consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), os pais participaram da pesquisa.

3.3.1 Critérios de Inclusão

A inclusão na amostra deste estudo foi baseada nos seguintes critérios:

- a) ser pai ou mãe da criança que é atendida na Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina ou da Universidade do Sul de Santa Catarina;
- b) criança com idade entre 0 e 36 meses;
- c) termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais.

3.4 Termo de consentimento livre e esclarecido

Após a explicação dos objetivos da pesquisa, da garantia do anonimato e sigilo e da possibilidade de desistência a qualquer momento do desenvolvimento do estudo, os pais ou responsáveis pelas crianças foram convidados a participar. Àqueles que aceitaram, foi solicitada sua assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A).

3.5 Estudo piloto

Foi realizado, previamente à coleta de dados da amostra, o estudo piloto envolvendo 10 pais de crianças de zero a 36 meses que freqüentaram a Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina e que concordaram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). A aplicação estudo teve como objetivo verificar a compreensão e adequação dos termos e palavras utilizados no questionário. Tais questionários foram utilizados no estudo principal.

3.6 Coleta de dados

O instrumento deste estudo foi um questionário (apêndice B), sem identificação do nome da criança, composto por 27 perguntas objetivas (entre questões abertas e fechadas), que abordavam informações relativas aos dados de identificação da criança, bem como a escolaridade dos pais; a importância ao atendimento odontológico dada pelos pais; os hábitos de higiene bucal; os hábitos de amamentação e sucção e a atitude dos pais frente ao atendimento clínico. Tais perguntas foram elaboradas pelas autoras deste estudo, baseadas nos objetivos do mesmo.

O questionário foi entregue na sala de espera da Clínica de Bebês, enquanto os pais aguardam o atendimento do seu filho. Tanto poderia ser a primeira consulta da criança quanto a mesma já estar em tratamento há mais tempo nestas universidades. Não foi realizada qualquer intervenção, tampouco sugestão acerca das respostas esperadas.

3.7 Artigos científicos

Para cumprir os objetivos e divulgar os resultados deste estudo, foram elaborados dois artigos científicos.

No primeiro artigo, foram incluídos os resultados referentes ao perfil dos pais frente ao atendimento odontológico na primeira infância, além de dados relativos à instrução dos pais, à faixa etária da criança envolvida no estudo, bem como sua posição entre os irmãos e sua convivência em família. Hábitos de higiene, amamentação e sucção não nutritiva também foram relacionados.

O choro durante o atendimento odontológico, a segurança transmitida aos pais durante as consultas, assim como suas atitudes, foram abordadas no segundo artigo. A necessidade de contenção física durante o procedimento clínico, ou o atendimento da

criança utilizando meios farmacológicos como a sedação e anestesia geral, foram também incluídos e discutidos neste artigo.

3.8 Análise estatística

O presente estudo foi transversal descritivo.

Utilizou-se o teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher para testar a associação entre as variáveis de estudo com nível de significância $p < 0,05$.

4 ARTIGOS A SEREM SUBMETIDOS À PUBLICAÇÃO

ARTIGO 1: Perfil dos pais frente à saúde bucal na primeira infância.

ARTIGO 2: Percepção dos pais quanto ao uso de contenção física, sedação e anestesia geral na clínica de odontopediatria.

4.1 Artigo 1

Perfil dos pais frente à saúde bucal na primeira infância.

Journal of Dentistry for Children

Renata Mesquita e OLIVEIRA

Aluna do Curso de Mestrado em Odontologia, concentração em Odontopediatria, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Departamento de Estomatologia, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

Jefferson Luiz TRAEBERT

Lider do Grupo de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva - Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Joecí de OLIVEIRA

Professora do Curso de Graduação, Mestrado e Doutorado em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Departamento de Estomatologia, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

Correspondência

Centro de Ciências da Saúde
Campus Universitário/Trindade / Caixa Postal 476
Florianópolis - SC - Brasil.
CEP 88040-900
Email: renatamesquita@yahoo.com.br
Tel. 55 48 3721 9920

RESUMO

Objetivo: Conhecer a expectativa dos pais quando da procura ao atendimento Odontológico na primeira infância, bem como destacar o perfil dos mesmos frente à saúde bucal de seus filhos.

Métodos: Estudo descritivo transversal envolvendo 40 pais de crianças de zero a três anos de idade, atendidas na Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade do Sul de Santa Catarina. O instrumento desta pesquisa foi composto de 27 perguntas objetivas que abordavam informações relativas ao objetivo deste estudo. Para o estudo de associação entre as variáveis utilizou-se o teste Exato de Fisher, com nível de significância $p < 0,05$.

Resultados: O grande motivo que levou os pais à procura de atendimento odontológico de seus filhos ainda na primeira infância foi a prevenção de doenças da boca (47,5%). Entretanto, a maioria deles (52,5%) não recebeu nenhum tipo de informação prévia de qualquer profissional da saúde durante a gestação. A relação entre o grau de instrução dos pais, bem como a idade do paciente e a maneira com que é feita a higiene, apresentou associação estatística, uma vez que a escova de dente foi o utensílio mais utilizado ($p < 0,05$).

Conclusão: Concluiu-se que os pais são conscientes da importância da prevenção para a saúde bucal de seus filhos, enaltecendo a mudança de paradigma na Odontologia de curativo-restaurador para preventivo e de promoção de saúde.

Palavras-chave: EXPECTATIVA, PERFIL, PAIS, ODONTOLOGIA, BEBÊS.

INTRODUÇÃO

No último século, a promoção em saúde bucal tem encontrado seguidores em todo o mundo, o que resultou em redução significativa da prevalência de cárie dentária na maioria das faixas etárias. Entretanto, a ocorrência da doença cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses representa um indicador da precária saúde bucal nessa faixa de idade¹.

O projeto identificado como “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”² apresenta dados relativos ao perfil de saúde bucal no Brasil. Como resultado, quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças com 5 anos de idade. Quanto à cárie dentária na dentição permanente, quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos de idade e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie dentária.

O risco de desenvolvimento de doenças bucais modifica-se nas diferentes faixas etárias. Contudo, na primeira infância todas as superfícies tornam-se de risco, a medida que hábitos inadequados se fazem presentes³. Sendo assim, a motivação, orientação e educação dos responsáveis na aplicação de procedimentos de higiene bucal simples e de baixo custo evitaria a instalação da doença e de suas consequências³.

Muitas famílias desconhecem a necessidade de higienizar a cavidade bucal de seus bebês e, apesar das mães conhecerem a relação entre o açúcar e o desenvolvimento da cárie, elas muitas vezes se surpreendem ao serem informadas que este efeito possa ser precoce¹.

A forma como os pais percebem o processo saúde-doença influencia diretamente em suas práticas⁴. A partir das percepções sobre a cárie dentária e os cuidados com a boca, o planejamento de estratégias para a promoção de saúde e prevenção de doenças deve incluir os responsáveis pela criança em seu contexto histórico e seu meio social¹.

Os pais ou responsáveis necessitam estar conscientes da importância da adoção de hábitos de higiene regulares e corretos para que a criança possa ter uma condição de saúde

bucal adequada e, principalmente, que os hábitos adquiridos por ela durante a infância sejam levados à vida adulta⁵.

As ações de proteção à saúde bucal de bebês se fundamentam em um ativo envolvimento dos pais e responsáveis, estando muito ligadas aos programas da área materno-infantil e ao trabalho de pediatria de uma maneira geral⁶. Entretanto, alguns autores afirmam que existe uma grande dificuldade para conseguir a colaboração dos pais ou responsáveis, no sentido de retornarem para o atendimento e/ou realizarem as manobras preventivas no âmbito doméstico⁷.

A aquisição de informação e desenvolvimento de habilidades fazem parte da educação em saúde, uma vez que estimula a mudança de comportamento e atitude do indivíduo, beneficiando a saúde de maneira geral⁸.

Assim, este estudo teve como objetivos conhecer a expectativa destes pais quando da procura ao atendimento Odontológico de seus filhos e conhecer o perfil dos mesmos frente à saúde bucal da criança a fim de que possamos cada vez mais buscar o aprimoramento de nossas condutas e atividades.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (protocolo n. 022/2007).

A pesquisa constituiu-se em um estudo descritivo com delineamento transversal envolvendo 40 pais de crianças de zero a 36 meses de idade, atendidas na Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e na Clínica de Bebês da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. O instrumento de estudo foi composto por um questionário com perguntas relacionadas aos dados de identificação da criança, bem como a escolaridade dos pais; a importância ao atendimento odontológico dada pelos pais; os hábitos de higiene bucal; os hábitos de amamentação e sucção e a atitude dos pais frente ao atendimento clínico.

Os dados foram analisados de forma descritiva. Utilizou-se o teste do Qui- quadrado ou Exato de Fisher para testar a associação entre as variáveis de estudo, com nível de significância $p < 0,05$.

RESULTADOS

Do total de 49 questionários entregues aos pais de crianças atendidas na Clínica de Bebês, 40 deles enquadraram-se nos critérios de inclusão desta pesquisa. Destes, 60,0% eram pais de crianças atendidas na UFSC e 40,0% na UNISUL. O resultado da associação entre a universidade onde foi coletada a amostra desta pesquisa e o grau de instrução dos pais não mostrou diferença estatística significativa ($p = 0,086$).

Dentre os entrevistados, 45,5% tinham o segundo grau completo como nível de instrução. A ocupação dos pais mais freqüente foi a de dona de casa (25,0%). As mães foram as responsáveis pela grande maioria (87,5%) dos questionários respondidos.

A faixa etária predominante das crianças envolvidas no presente estudo (Tabela 1) foi entre 2 e 3 anos de idade (60,0%). A maioria delas era o(a) filho(a) mais novo (45,0%) de uma família de 2 filhos (45,0%).

Quando questionados quanto à pessoa que convive a maior parte do tempo com a criança, tanto a mãe (35,0%) como o pai e a mãe (35,0%) foram os mais citados.

Os hospitais ou unidades de saúde foram os locais mais citados (35,0%) sobre o conhecimento da existência do atendimento odontológico de bebês dentro da universidade, seguidos pela indicação de amigos e parentes (27,0%).

O principal motivo que levou os pais à procura de atendimento odontológico de seus filhos ainda na primeira infância foi a prevenção de doenças da boca (47,5%), destacados na Tabela 2.

A época ideal para a primeira visita da criança ao dentista mais citada foi antes de nascerem os primeiros dentes (45,0%). Entretanto, apenas 47,5% dos pais entrevistados

tiveram alguma informação durante a gestação sobre a saúde bucal de seu bebê, sendo o dentista (10,0%) o principal agente desta.

Nesta pesquisa, 42,5% das crianças amamentaram exclusivamente no peito por mais de 6 meses de vida, enquanto que 40,0% delas obtiveram o aleitamento materno total somente até o primeiro ano de vida.

O uso da mamadeira ocorreu em 60,0% dos casos. A utilização de chupeta ou sucção de dedo foi relatada em 60,0% dos bebês estudados.

Neste estudo, a mãe foi a principal responsável pela higiene bucal do bebê (62,5%). Quando questionados quanto à dificuldade para a realização da higiene, 42,5% dos pais afirmaram que existe pouca dificuldade na mesma. A escova de dentes (75,0%) foi a maneira de escovação bucal mais destacada pelos pais (Tabela 3).

A associação realizada entre o grau de instrução dos pais e a maneira como é realizada a escovação mostrou-se estatisticamente significativa ($p=0,048$), onde 100,0% dos pais que apresentavam segundo grau completo responderam utilizar a escova dental como maneira de higiene bucal de seus filhos (Tabela 4). A relação encontrada entre a idade da criança e a maneira de escovação (Tabela 4) também foi relevante ($p=0,000$), onde todas as crianças com mais de 18 meses fazem uso da escova de dente. Já a época ideal da primeira visita ao dentista não apresentou relevância estatística quando relacionada com o grau de instrução dos pais.

DISCUSSÃO

Nos dados referentes à escolaridade, o fato de grande parte (45,5%) dos entrevistados possuírem segundo grau completo justifica a grande colaboração e interesse dos pais em participar deste estudo, uma vez que o acesso à informação permite, muitas vezes, que os pais conheçam a importância da prevenção. Sendo assim, 47,5% dos pais entrevistados nesta

pesquisa responderam que o principal motivo da consulta odontológica da criança ainda na primeira infância é prevenir doenças da boca. Para Franzin e Bijella (2005)⁸, independente do grau de escolaridade das mães, a participação destas em um programa educativo/preventivo propicia assimilação do conceito de cárie dentária, sugerindo que ações educativas em saúde bucal, quando bem orientadas, superam as barreiras culturais ou educacionais.

O fato da idade média dos bebês do presente estudo ser de 24,7 meses, justifica a escova de dentes ter sido o utensílio mais citado pelos pais para a higiene bucal da criança (75%). Apesar da dificuldade na realização da higiene bucal destacada pelos pais nesta pesquisa, as mães mostraram-se mais presentes no momento da escovação, assim como no estudo de Habibian et al. (2001)⁹, onde a maioria das mães (85%) realiza a limpeza da boca/dentes de seu filho, sendo elas responsáveis diretas por este procedimento. Este fato pode ser justificado pelo fato de que grande parte das crianças convive a maior parte de seu tempo com a presença da mãe, sendo 35% somente com a mãe e 35% com a mãe e o pai. Desta maneira, é de extrema importância o conhecimento das mães quanto à saúde bucal de seus filhos, objetivando a prevenção de doenças bucais e da instalação de hábitos deletérios.

A necessidade do atendimento odontológico na primeira infância é justificada pela importância da orientação em saúde bucal e prevenção de doenças da boca, a fim de estabelecer hábitos corretos, compatíveis com saúde, desde a mais tenra idade. Assim, a recomendação de levar a criança antes do nascimento dos primeiros dentes mostrou-se relevante neste estudo, correspondendo a resposta de 45% dos pais entrevistados, indo ao encontro com os achados da pesquisa de Zuanon (2001)¹⁰ e AAPD (1996/7)¹¹. A pesquisa realizada por Cavalcanti et al. (2002)¹² revela que nem todos os cirurgiões-dentistas têm conhecimento da indicação correta de seus pacientes, onde apesar de 22,8% destes citarem o nascimento como a época ideal para a primeira consulta odontológica, 13% sugerem os seis meses e 16,3% afirmam que a idade ideal deve ser aos trinta e seis meses, quando a criança já possui mais maturidade e entendimento quanto ao atendimento odontológico.

AAPD (1996/7)¹¹, afirma que os cuidados com a saúde bucal da criança devem ter início durante o pré-natal através do aconselhamento dos pais, e que o atendimento ao bebê deve ser realizado aos seis meses de vida, com a erupção do primeiro dente decíduo. A gravidez é a época ideal para a primeira visita ao dentista, onde a mulher grávida é sensibilizada, aumentando assim as chances de seu bebê manter a saúde bucal¹².

No presente estudo, 52,5% dos pais não receberam nenhum tipo de informação prévia de qualquer profissional da saúde durante a gestação, indo ao encontro da pesquisa de Politano et al. (2004)¹³, onde foram entrevistadas mães de recém-nascidos de uma maternidade de Campinas e a maioria delas relatou não ter recebido informação alguma sobre a saúde bucal do bebê (61,9%), tanto para a época ideal da primeira visita ao dentista (47,6%) quanto para a maneira correta de higienização bucal (45,2%). Um achado estatisticamente significativa ($p=0,04$) na presente pesquisa foi que 64,7% dos pais que receberam informação durante a gravidez, afirmaram ser a gestação a época ideal para ter início às orientações quanto à saúde bucal e 100% dos que não receberam qualquer informação, responderam ser após a gravidez (Tabela 5). Este resultado reflete a necessidade da informação, por parte dos profissionais da saúde, com os cuidados da saúde bucal do bebê ainda na gravidez, uma vez que os pais se tornam mais conscientes da importância da prevenção.

Nesta pesquisa, dentre aqueles que receberam informação durante a gravidez, o próprio dentista foi o agente transmissor mais citado (10%). Já na pesquisa de Cruz et al. (2004)⁵, o pediatra foi o profissional mais citado (61,6%) como fonte de informação sobre os cuidados bucais. Assim, a importância do atendimento interdisciplinar às gestantes e aos bebês é essencial para a plenitude da saúde, caracterizando um momento privilegiado para ações desta natureza¹⁴. A promoção e manutenção da saúde da criança devem ser de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos desde o nascimento.

A maneira como as crianças são encaminhadas até a Clínica de Bebês é relevante e este estudo mostrou que as unidades de saúde da região são os principais divulgadores e

incentivadores da procura do atendimento odontológico na primeira infância, indo ao encontro dos achados de Baldani et al. (2003)⁷, onde foi apresentado o perfil do programa de atenção precoce à saúde bucal do Estado do Paraná. Atualmente, a Odontologia tem como enfoque a prevenção, com uma abordagem preventiva, educativa, integral e interdisciplinar, fazendo com que Pediatras e Ginecologistas tenham um papel fundamental também na saúde bucal.

Entretanto, muitos profissionais ainda não têm consciência de seu papel de promoção de saúde, com uma visão do paciente como um todo. De acordo com Schalka e Rodrigues (1996)¹⁵, a frequência nas condutas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal é baixa, onde a maioria de 54,2% indica a faixa etária de 2 a 3 anos de idade para a primeira visita e apenas 10,4% orientam que a primeira visita deve ser feita assim que surgir o primeiro dente ou até os 18 meses de idade.

No contexto de saúde, um dos pilares fundamentais para a promoção de saúde das crianças em todo mundo é através do aleitamento materno¹⁶. A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁷ recomenda que os bebês recebam exclusivamente leite materno durante os seis primeiros meses de vida, indo ao encontro do presente estudo. A alimentação complementar nutricionalmente adequada, juntamente com a amamentação, deve ser introduzida a partir dos dois anos de idade. Entretanto, o fato de 60% das crianças envolvidas neste estudo fazerem uso da mamadeira como complementação da alimentação, pode justificar o pequeno número de crianças (40%) que tiveram aleitamento materno total até o primeiro ano de vida.

A utilização de mamadeira, tão culturalmente aceita, é um dos grandes responsáveis pelo desmame precoce, trazendo assim, prejuízos para a criança, como falta do estímulo correto da musculatura e ossos da face, deglutição atípica, entre outros. O número de crianças que usava mamadeira na presente pesquisa era superior ao número de crianças que não faziam uso da mesma, correspondendo a 60% das crianças estudadas, indo ao encontro do trabalho de Volpato e Figueiredo (2005)¹, onde até os 42 meses, em todas as faixas etárias, a maioria das crianças usava mamadeira. Ainda nesse estudo, foi observado que das crianças

que iniciaram o tratamento na Bebê-Clínica do município de Cuiabá, a maioria absoluta o fazia também durante a noite. A prevalência de cárie encontrada nestas crianças foi diretamente proporcional à faixa etária, variando de 0% (de zero a 6 meses) a 57,45% (de 31 a 36 meses)¹⁹. Desta forma, o uso indiscriminado e prolongado da mamadeira, principalmente no período noturno, associado à má higiene bucal, é o grande responsável pelo acometimento da doença cárie dentária na primeira infância¹⁸.

Diante do exposto neste trabalho, é de extrema importância o constante contato com os pais participantes da clínica de bebês, a fim de que se possa observar possíveis mudanças de atitudes e comportamentos, possibilitando a reformulação das estratégias educativas do programa ou reforço das já existentes, alcançando um sucesso mais abrangente das metas estabelecidas.

CONCLUSÕES

Pode-se concluir com este trabalho que os pais são conscientes da importância da prevenção para a saúde bucal de seus filhos, evidenciando que a mudança do paradigma na Odontologia de curativo-restaurador para preventivo-promotor de saúde está cada vez mais solidificada nas novas gerações. Entretanto, ainda existe uma maior necessidade informação quanto à importância dos cuidados e orientação com relação à saúde bucal ainda durante a gestação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Volpato LER, Figueiredo AF. Estudo da clientela do programa de atendimento odontológico precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant 2005; 1: 45-52.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – Resultados principais 2002/2004. Brasília: Ministério da Saúde 2004; 68p.
3. Wambier DS, Bosco VL, Cuman V, Smiguel O, Eloy TC. Prevalência e distribuição de lesões de cárie em bebês. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde 2004; 10 (1): 15-22.
4. Bardal PAP, Olympio KPK, Valle AAL, Tomita NE. Cárie dentária como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11(1): 161-167.
5. Cruz AAG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL, Medeiros PFV. Percepção materna sobre a higiene bucal em bebês: um estudo no hospital Alcides Carneiro, Campina Grande – PB. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2004; 4 (3): 185-189.
6. PINTO, G.V. Saúde Bucal Coletiva. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000. 541p.
7. Baldani MHP, Lopes, CMD, Scheidt, WA. A Odontologia para bebês no estado do Paraná, Brasil. Perfil do programa de atenção precoce à saúde bucal. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6 (31): 210-216.
8. Franzin LCS, Bijella MFB. Conhecimento de um grupo de mães sobre a saúde bucal de seus filhos. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2005; 8 (45/46): 333-341.
9. Hababian M et al. Dietary habits and dental health over the first 18 months of life. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29 (4): 239-246.
10. Zuanon ACC, Motisuki C, Bordim MMLL. Quando levar a criança para a primeira visita ao dentista? J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2001; 4 (20): 321-324.
11. American Academy of Pediatric Dentistry. Infant oral health cares. Reference Manual 1996/7; 25.
12. Konishi F, Abreu e Lima F. Odontologia intra-uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. RBO 2002; 59 (5).

13. Politano GT, Pellegrinetti MB, Acheverria SR, Imparato JCP. Avaliação da informação das mães sobre cuidados bucais com o bebê. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebe* 2004; 7 (36): 138-48.
14. Moura LFAD, Lira DMMP, Moura MS et al. Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebe* 2001; 4 (17): 10-14.
15. Schalka MMS, Rodrigues CRMD. A importância do médico pediatra na promoção de saúde bucal. *Rev. Saúde Pública* 1996; 30 (2): 179-86.
16. Rocha AML, Nascimento RM, Pereira VAS. Saúde Oral em bebês entre 0 e 6 meses de idade. *JBP – Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7 (36): 204-210.
17. World Heath Organization. Global data bank on breastfeeding. Geneva; 1996.
18. Blen M, Narendran S, Jones K. Dental caries in children under age three attending a university clinic. *American Academy of Pediatric Dentistry* 1999; 21-24.

TABELAS

Tabela 1. Classificação dos bebês segundo a faixa etária.

Idade (meses)	n	%
0 - 12	5	12,5
12 – 24	11	27,5
24 – 36	24	60,0
Total	40	100,0

Tabela 2. Classificação dos motivos que levaram os pais a procurarem atendimento odontológico para seus filhos.

Motivo pela procura de atendimento odontológico	N	%
Conhecer o trabalho que é realizado (A)	4	10,0
Prevenir doenças da boca (B)	19	47,5
Filho está com dor de dente (C)	3	7,5
Filho tem cárie (D)	6	15,0
Outros (E)	1	2,5
A e B	4	10,0
B e E	1	2,5
C e D	1	2,5
A, B e E	1	2,5
Total	40	100,0

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com a maneira como é realizada a higiene bucal da criança.

Maneira de realização da higiene bucal	n	%
Gaze ou fralda (A)	2	15,0
Dedeira (B)	1	2,5
Escova de dente (C)	30	75,0
B e C	1	2,5
C e D	1	2,5
A, B e C	1	2,5
Total	40	100,0

Tabela 4. Associação entre o grau de instrução dos pais / idade da criança e a maneira como é feita a higiene bucal.

Variável (categorias)	Maneira de higienizar		p*
	outros (%)	Escova de dente (%)	
Série			0,048
Até 2 grau incompleto	7 (25,9)	20 (74,1)	
Segundo grau completo ou mais	-	13 (100,0)	
Total	7 (17,5)	33 (82,5)	
Idade (meses)	7 (77,8)	2 (22,2)	0,000
Até 18	-	31 (100,0)	
Mais de 18			
Total	7 (17,5)	33 (82,5)	

* Teste exato de Fisher

Tabela 5. Associação entre a existência ou não de informação durante a gravidez e a época ideal para o início do atendimento odontológico.

Variável (categorias)	Época ideal do primeiro atendimento odontológico		p*
	Durante a gravidez (%)	Após a gravidez (%)	
Informação durante a gravidez			0,004
Sim	6 (35,3)	11 (64,7)	
Não	-	21 (100,0)	
Total	6 (15,8)	32 (84,2)	

* Teste exato de Fisher

4.2 Artigo 2

Percepção dos pais quanto ao uso de contenção física, sedação e anestesia geral na clínica de odontopediatria.

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Renata Mesquita e OLIVEIRA

Aluna do Curso de Mestrado em Odontologia, concentração em Odontopediatria, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Departamento de Estomatologia, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

Joecí de OLIVEIRA

Professora do Curso de Graduação, Mestrado e Doutorado em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Departamento de Estomatologia, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

Correspondência

Centro de Ciências da Saúde
Campus Universitário/Trindade / Caixa Postal 476
Florianópolis - SC - Brasil.
CEP 88040-900
Email: renatamesquita@yahoo.com.br
Tel. 55 48 3721 9920

RESUMO

Proposta: Este estudo objetivou destacar a atitude e opinião dos pais frente às técnicas existentes para controle do comportamento de bebês, como contenção física, sedação e anestesia geral.

Métodos: Estudo descritivo transversal envolvendo 40 pais de crianças de zero a três anos de idade atendidas na Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade do Sul de Santa Catarina, que responderam um questionário composto por 27 perguntas objetivas (entre questões abertas e fechadas) que abordavam informações relativas ao objetivo desta pesquisa. Para o estudo de associação entre as variáveis utilizou-se o teste do Qui-Quadrado ou Exato de Fisher.

Resultados: Grande parte dos pais (45,5%) possuía segundo grau completo. 72,5% dos entrevistados (72,5%) afirmaram ter recebido informações prévias a respeito do manejo do paciente bebê dentro do consultório. A contenção física do bebê foi aceita por 87,5% dos pais, enquanto que sedação e/ou anestesia geral não foram aceitas por 90,0% deles. O choro deixa os pais um pouco ansiosos (40,0%) durante o atendimento odontológico e 72,5% acreditam que o atendimento odontológico não trará traumas futuros aos seus filhos.

Conclusão: O uso de técnicas farmacológicas é visto com precaução pelos pais, fazendo com que a contenção física ainda seja a maneira mais aceita para o controle de comportamento da criança na primeira infância. Orientações prévias dadas aos pais quanto à forma de atendimento odontológico fazem parte de um complemento para estabelecer um relacionamento de confiança com o profissional, uma vez que não houve relevância estatística na associação entre estas variáveis.

Palavras-chave: OPINIÃO, PAIS, ODONTOLOGIA, TÉCNICAS, COMPORTAMENTO, BEBÊS.

INTRODUÇÃO

No cuidado de crianças, a Odontopediatria busca desenvolver a confiança, segurança e obter uma experiência positiva frente ao tratamento odontológico. Desta forma, os procedimentos odontológicos realizados no paciente infantil são realizados com auxílio de técnicas de manejo do comportamento, somados à habilidade e ao conhecimento técnico-científico do profissional¹. Entretanto, alguns pacientes necessitam do emprego de outros meios para a obtenção do controle de comportamento, dentre os quais encontra-se a contenção física e a administração de agentes farmacológicos².

A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD)³ classifica em dois guias os tipos de controle de comportamento da criança durante o atendimento odontológico: o Guia Básico e o Guia Avançado. O primeiro deles inclui a comunicação entre profissional e paciente, o “falar-mostrar-fazer”, o controle da voz, a comunicação não verbal (através da linguagem corporal), expressão facial e postura, reforço positivo, distração, presença ou ausência dos pais e a inalação de óxido nitroso/ oxigênio. Já o segundo corresponde à contenção física; à sedação e à anestesia geral. As técnicas de controle de comportamento têm como objetivo principal garantir segurança e qualidade no atendimento ao paciente infantil, estabelecer a comunicação, construindo assim uma relação de confiança entre paciente e profissional, reduzindo o medo e a ansiedade e promovendo uma atitude positiva quanto aos cuidados com a saúde bucal.

Entretanto, poucas crianças com menos de 3 anos de idade comunicam-se através da linguagem, fazendo com que o dentista não controle efetivamente seu comportamento através da comunicação. Nesta fase, a comunicação da criança é através do choro, podendo significar dor, fome ou desconforto⁴. Assim, na primeira infância, a maioria das crianças não reage favoravelmente frente a qualquer procedimento, sendo normal nesta faixa etária reações como o choro, inquietação, movimentos de pernas e braços e vômitos⁵.

Assim, muitas vezes lança-se mão das técnicas farmacológicas e/ou contenção física, selecionadas de acordo com a particularidade da criança, viabilizando a atuação eficiente do profissional e proporcionando conforto e segurança ao paciente infantil (AAPD)³.

A contenção física é definida como restrição de qualquer movimento da criança durante o atendimento odontológico. Existem diferentes métodos de restrição física, como: na cadeira odontológica com a ajuda da mãe, previamente orientada, em conjunto com a equipe auxiliar, ou com o uso de “macri” (macas especiais para o tratamento) ou “pediwrap” (pacote pediátrico), para pacientes sedados⁶.

Nos casos em que o uso exclusivo de estratégias comportamentais não permite a plena execução do tratamento odontológico, principalmente nas situações em que o paciente não usufrui os benefícios esperados do controle comportamental, o emprego de substâncias farmacológicas, tais como calmantes e ansiolíticos ou até mesmo anestesia geral, pode constituir uma alternativa para a redução de movimentos motores e de reações indesejáveis do paciente⁷.

O desenvolvimento mental, idade, personalidade e experiências de vida são fatores que influenciam no comportamento da criança durante os procedimentos clínicos realizados. Os pais têm parcela importante na modelagem do comportamento do filho através da educação, relacionamento e atitudes a ele dispensado⁸. Assim, a presença da mãe e a maneira como ela se sente e reage frente ao atendimento clínico, contribui para o comportamento do bebê.

Enaltecendo a importância do atendimento odontológico na primeira infância, bem como a confiança e segurança dos pais frente aos procedimentos clínicos, este estudo tem como objetivo destacar a atitude e opinião dos pais frente às técnicas existentes para controle do comportamento de bebês.

METODOLOGIA

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (protocolo n. 022/2007).

A pesquisa constituiu-se na entrevista de 40 pais de crianças de zero a 36 meses de idade, atendidas na Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, no período de fevereiro a junho de 2007 e na Clínica de Bebês da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, no mês de agosto deste mesmo ano. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os pais participaram da pesquisa.

O instrumento de estudo foi composto por um questionário com perguntas objetivas (fechadas e abertas), referentes aos dados de identificação da criança, bem como a escolaridade dos pais; a importância ao atendimento odontológico dada pelos pais; os hábitos de higiene bucal; os hábitos de amamentação e sucção e a atitude dos pais frente ao atendimento clínico.

Previamente à coleta de dados, foi realizado o teste piloto com 10 pais de crianças de zero a 36 meses que frequentaram a Clínica de Bebês da Universidade Federal de Santa Catarina. A aplicação do Teste Piloto teve como objetivo verificar a compreensão e adequação dos termos e palavras utilizados no questionário.

Após a coleta, os dados foram analisados de forma de estatística descritiva.

RESULTADOS

Do total de 49 questionários entregues aos pais de crianças atendidas na Clínica de Bebês, 40 deles enquadraram-se nos critérios de inclusão desta pesquisa. Destes, 60,0% eram pais de crianças atendidas na UFSC e 40,0% na UNISUL.

As mães foram as responsáveis pela grande maioria (87,5%) dos questionários respondidos (Tabela 1).

Analisando o perfil dos pais desta pesquisa, a maioria de 45,5% tinha o segundo grau completo como nível de instrução. Em contra partida, enquanto 5,0% haviam concluído pós-graduação, 17,5% não possuíam o primeiro grau completo. O tipo de emprego, ou melhor, a ocupação mais freqüente foi a de dona de casa, correspondendo a 25,0% dos entrevistados.

A faixa etária predominante das crianças envolvidas no presente estudo (Tabela 2) foi entre 2 e 3 anos de idade (82,0%), seguida por 40% de crianças entre 1 e 2 anos e 12,5% entre 0 e 1 ano de vida. A maioria delas era o(a) filho(a) mais novo (45%) de uma família de 2 filhos (45%).

Quando questionados quanto à pessoa que convive a maior parte do tempo com a criança, tanto a mãe (35%) como o pai e a mãe (35%) foram os mais citados. Dentre os pais que responderam outras pessoas (7,5%), um total de 7,5% destacaram que seus filhos passavam a maior parte de tempo com professores(as) e amigos da escola.

A grande maioria dos entrevistados (72,5%) afirmou ter recebido informações prévias a respeito do manejo do paciente bebê dentro do consultório (Tabela 3). A contenção física, como segurar pernas, braços e cabeça, durante o atendimento odontológico do bebê foi aceita por 87,5% dos pais. Eles relataram que é para o bem da criança e que devem dar apoio, melhorando assim a qualidade do atendimento.

Nesta pesquisa, 85,0% dos pais responderam que se sentem seguros no profissional que ali se dedica à criança (Tabela 4). Assim, 72,5% dos pais acreditam que o manejo de comportamento do bebê durante o atendimento odontológico não trará traumas futuros aos seus filhos.

O choro, muito comum nesta faixa etária durante qualquer intervenção, deixa os pais um pouco ansiosos (40,0%) durante o atendimento odontológico (Tabela 5).

Foi levantado a possibilidade de sedação ou que a criança fosse submetida à anestesia geral para realização de algum procedimento, onde 90,0% foram contra estas técnicas (Tabela 6).

DISCUSSÃO

As orientações prévias para as mães quanto à forma de atendimento proposta são fundamentais para que se estabeleça um relacionamento de confiança e segurança com o profissional, com o objetivo de diminuir, principalmente, a ansiedade materna frente ao atendimento odontológico de seus filhos⁸. De acordo com Johnson e Baldwin (1969)⁹, a ansiedade materna é o principal fator que interfere no comportamento da criança de pouca idade no ambiente odontológico.

Desta maneira, é de extrema importância que os pais se sintam encorajados e seguros frente ao profissional que atende seu filho, bem como confiantes da necessidade e importância daquele atendimento para a saúde geral e bucal da criança.

Nesta pesquisa, a grande maioria dos pais (72,5%) relatou ter recebido informações quanto ao atendimento de seu filho, seja através da palestra previamente realizada à primeira consulta, ou mesmo na Clínica de Bebês, antes do atendimento clínico. Desta maneira, 85% dos pais também mostraram-se seguros durante o atendimento odontológico de seu filho. Entretanto, a associação entre a informação prévia e a segurança relatada pelos pais, não apresentou relevância estatística ($p=1,000$). Assim, o fato de a maioria dos entrevistados sentirem-se seguros sugere a hipótese de que, em função do atendimento ser realizado num ambiente especializado, com base científica e de referência nos cuidados bucais à criança de pouca idade, os pais confiam

na qualidade da informação, orientação e conduta dos profissionais para o melhor atendimento da criança.

Na Clínica para Bebês, com frequência o choro está presente durante os procedimentos clínicos, podendo ser estressante tanto para os pais presentes no consultório, quanto para aqueles que o escutam enquanto esperam o atendimento de seus filhos. Neste estudo, 40% dos pais mostraram-se um pouco incomodados com o choro do seu filho. Na pesquisa de Zadik e Peretz (2000)⁴, 73% dos pais afirmaram que, diante do choro, preferem que o profissional cesse o procedimento até que a criança se acalme, sendo que um terço dos pais gostariam de ajudar a acalantar seu filho. Com isso, as decisões a respeito da maneira de atendimento da criança nunca devem ser tomadas unilateralmente pelo dentista; mas sim, devem ter a participação e envolvimento dos pais³.

Desta maneira, durante o atendimento odontológico na primeira infância, faz-se necessária a presença dos pais, bem como o esclarecimento de possíveis dúvidas e, muitas vezes, existe a necessidade de contenção física do bebê para garantir segurança do mesmo durante o procedimento.

O uso de contenção física depende da individualidade da criança, adaptação do profissional, aceitação da mãe ou responsável e do ambiente de trabalho. No presente estudo, 87,5% dos pais são a favor da contenção de braços, pernas e cabeça do bebê, para possibilitar o atendimento clínico. A relação entre o grau de instrução dos pais e a aceitação ou não de contenção física não foi estatisticamente significativa ($p=0,538$). No trabalho de Tollara et al. (1999)⁸, houve uma variação de 27% (serviço público) e 60% (serviço privado) quanto ao receio de contenção física. Ainda assim, aceitam em 73% (serviço público) e 93% (serviço privado) a técnica do gerenciamento comportamental, trabalhando o comportamento psicológico e não pela

utilização de medicação, ou seja, sedação e anestesia geral, indo ao encontro dos achados desta pesquisa.

Desta maneira podemos afirmar que, pais bem motivados, entendem e colaboram com a filosofia de trabalho, apoiando, ajudando e ensinando seu filho nas diferentes fases do tratamento, tanto preventivo quanto curativo, enfatizando que a educação e o esclarecimento com os cuidados bucais da criança são primordiais para seu crescimento e desenvolvimento.

De acordo com Bill (2002)¹⁰ a utilização de restrição física é aceita pelos pais mesmo com o alto nível de ansiedade provocado durante o procedimento clínico. Na sua pesquisa, 39% dos pais acreditavam no sucesso da técnica apesar de 90% deles afirmarem que seus filhos não a aceitavam bem. Somente 5% dos entrevistados mostraram-se descontentes com a decisão do uso da técnica, sugerindo que preferiam que seu filho fosse submetido à anestesia geral para a realização do procedimento programado.

A utilização de anestesia geral e de sedação são procedimentos pouco empregados no Brasil e, em função disso, a contenção física é utilizada com bastante frequência (83,3%) nas escolas de Odontologia brasileiras e, quase sempre, essa contenção é feita pelos pais e auxiliares¹¹.

Na presente pesquisa, 90% dos pais foram contra a possibilidade de sedação ou que a criança fosse submetida à anestesia geral para realização que algum procedimento, justificando por ser desnecessário para uma consulta, por ser invasivo e traumatizante, por medo e por evitar medicamentos. Alguns pais ainda ressaltaram que o choro não faz mal algum e que se deve permitir que a criança se adeque a novas situações e cresça.

No estudo de Wong et al. (2005)¹², realizado com pais de crianças chinesas, 70% acreditavam que a anestesia geral pode causar algum dano psicológico na criança ou trazer algum risco para a saúde da mesma. Os pais afirmaram ainda que tinham medo dos efeitos da anestesia

geral sobre a memória, crescimento e desenvolvimento das crianças. Os autores afirmam que este receio pode servir de motivação para melhorar a higiene bucal, uma vez que os pais afirmaram que fazem o melhor que podem para evitar a anestesia geral ou sedação em seus filhos. Peretz et al. (2000)¹³ afirmam que famílias de crianças tratadas com anestesia geral adotam comportamentos preventivos com relação à saúde bucal de seus filhos, uma vez que se trata de um tratamento mais radical onde os pais procuram evitar o surgimento de novas doenças e subsequente tratamento.

Corrêa e Maia (1998)¹⁴ afirmam que apesar de inicialmente haver um quadro de aceitação positiva por parte dos pais em relação ao tratamento precoce, há uma certa preocupação ou medo em relação à ocorrência de trauma psicológico que a técnica de contenção física possa causar. Nesta pesquisa, a maior parte dos pais (72,5%) acredita que o atendimento odontológico não trará traumas futuros aos seus filhos. Este fato pode ser justificado pela grande maioria dos pais ter recebido informações prévias ao atendimento quanto ao comportamento esperado do bebê durante o decorrer das consultas. A abordagem clínica e segura por parte do profissional, o ambiente clínico que traduza um ambiente confortável e confiável, também contribuem para a diminuição da ansiedade e desconforto dos pais frente aos procedimentos odontológicos na primeira infância¹⁵.

Desta maneira, vale a pena ressaltar que qualquer técnica de controle do comportamento indicada para determinada criança deve ser empregada como recurso complementar às consultas clínicas, permitindo que a criança vivencie uma experiência positiva de enfrentar uma situação difícil e trabalhar com seus próprios esforços.

A partir dos resultados desta pesquisa, pode-se concluir que o uso de técnicas farmacológicas é visto com precaução pelos pais, fazendo com que a contenção física ainda seja a maneira mais aceita e a mais utilizada para o controle de comportamento da criança na primeira

infância. Orientações prévias dadas aos pais quanto à forma de atendimento odontológico fazem parte de um complemento para estabelecer um relacionamento de confiança com o profissional, uma vez que não houve relevância estatística na associação entre estas variáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandirni JC; Bonacin PJ; Christóforo LR. Reações infantis frente ao atendimento odontológico e suas manifestações psíquicas. J Bras Odontop Odontol Bebês 1998; 1 (3): jul/set.
2. Zirolodo J, Czlusniak GD. Uso da pré-medicação em odontopediatria como coadjuvante no controle de comportamento. Ci. Biol. Saúde 2004; 10 (1): 7-14.
3. American Academy Of Pediatric Dentistry. Guidline on behavior guidance for the pediatric dental patient. Reference Manual 2007/2007; 97-105.
4. Zadik D, Peretz B. Management of the crying during dental treatment. J Dent Child 2000; Jan./Feb.
5. Corrêa MSNP, Bönecker M, Neves LT. Aspectos psicológicos da tríade criança-pais-profissional na abordagem odontopediátrica com o uso de anestesia geral. In: Sucesso no atendimento odontopediátrico – aspectos psicológicos. São Paulo: Ed Santos; 2002.
6. Pinkham JR. Personality development, managing behavior of the cooperative preschool child, Dent Clin North Amer, 1995; 39 (4): 771-816.
7. Coté, CJ. Sedation for the pediatric patients: a review. The Pediatric Clinics of North America 1994; 41: 31-58.
8. Tollara MN et al. Comportamento materno frente ao tratamento odontológico na primeira infância em ambientes de trabalhos distintos – público e privado. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê , 1999; 2 (10): 425-431.

9. Johnson, R, Baldwin, DCJr. Maternal anxiety and child behavior. *J. Dent.Child* 1969; 36 (2): Mar./Apr, 87-92.
10. Brill WA. Parent's assessment and children's reactions to a passive restraint device used for behavior control in a private pediatric dental practice. *Journal of Dentistry for Children* 2002; Sep/dec: 310-313.
11. Leal SC, Bezerra, ACB, Toledo OA. Orientações terapêuticas utilizadas pelos cursos em Odontopediatria no Brasil para cárie severa da infância. *Revista da ABENO* 2004; 4 (1): 57-62.
12. Wong D, Perez-Spiess S, Julliard K. Attitudes of Chinese parents toward the oral health of their children with caries: a qualitative study. *Pediatric Dentistry* 2005; 27 (6): 505-512.
13. Peretx B, Faibis S, Ever-hadani P, Eldelman E. Dental health behavior of children with BBTD treated using general anesthesia or sedation, and of their parents in a recall examination. *Journal of Dentistry for children* 2000; Jan/feb.
14. Correa MSNP, Maia MES. Técnicas de abordagem. Crianças de 0 a 3 anos de idade. In: Corrêa, MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos; 1998.
15. Corrêa MSNP, Zardetto CGDC, Ramires-Romito ACD. Gerenciamento comportamental em Odontopediatria por meio de técnicas não-farmacológicas. In: Corrêa MSNP. *Sucesso no atendimento odontopediátrico – aspectos psicológicos*. São Paulo: Santos; 2002: 89-106.

TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra dos pais segundo o sexo

Sexo	n	%
Feminino	35	87,5
Masculino	5	12,5
Total	40	100,0

Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com a informação recebida a respeito do atendimento odontológico na primeira infância.

Idade (meses)	n	%
0 - 12	5	12,5
12 - 24	11	40,0
24 - 36	24	82,0
Total	40	100,0

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com a informação recebida a respeito do atendimento odontológico.

Informação quanto ao atendimento odontológico na primeira infância	n	%
Sim	29	72,5
Não	11	27,5
Total	40	100,0

Tabela 4. Distribuição da amostra quanto a segurança dos pais durante o atendimento odontológico de seu filho.

Segurança durante o atendimento odontológico	n	%
Sim	34	85,0
Não	3	7,5
Não se aplica	3	7,5
Total	40	100,0

Tabela 5. Distribuição da amostra de acordo com o choro como fator de ansiedade dos pais durante o atendimento odontológico de seus filhos.

Ansiedade dos pais frente ao choro	No.	%
Sim, pouco	16	40,0
Sim, muito	9	22,5
Não	11	27,5
Não se aplica	1	2,5
Não sei	3	7,5
Total	40	100,0

Tabela 6. Distribuição da amostra de acordo com possibilidade de sedação do bebê

Sedação	No.	%
Sim	4	10,0
Não	36	90,0
Total	40	100,0

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guidelines for behavior management. **Pediatric Dentistry** (Special Issue, Reference manual) – 00;21: 42–46. 1999.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guidelines on infant oral health care. **Pediatric Dentistry**. 2004.
3. ASSED, S. **Odontopediatria** – bases científicas para a prática clínica. São Paulo: Artes Médicas, 1069p. 2005.
4. BALDANI, M.H.P. et al. A Odontologia para bebês no estado do Paraná, Brasil – Perfil do programa de atenção precoce à saúde bucal. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v.6, n.31, p.210-216, 2003.
5. BLEN, M; NARENDRAN, S; JONES, K. Dental caries in children under three attending a university clinic. **Pediatric Dentistry**, v.21, n.4, 1999.
6. BONECKER, M.J.S.; GUEDES PINTO, A.C.; WALTER, L.R.F. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v.51, n.6, p.535-540, nov/dez. 1997.
7. FRAIZ, F.C.; WALTER, L.R.F. O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores associados à cárie. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.4, n.21, p.398-404, set/out, 2001.
8. GALBIATTI, F.; GIMENEZ, C.M.M.; MORAES, A.B.A. Odontologia na primeira infância: sugestões para a clínica do dia a dia. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**. v.5, n.28, p.512-517, 2002.
9. KAMP, A.A. Well-baby dental examinations: a survey of preschool children's oral health. **Pediatric Dentistry**. v.13, n.2. 1991.

10. KONISHI, F. Sexto livro anual do grupo brasileiro de professores de Ortodontia e Odontopediatria, v.1, n.1, p.265-296, Jan./Dez. 1997.
11. LEAL, S.C.; BEZERRA, A.C.B.; TOLEDO, O.A. Orientações terapêuticas utilizadas pelos cursos de especialização em Odontopediatria no Brasil para cárie severa. **ABENO**, v.4, n.1, p.57-62, 2003.
12. MOREIRA, P.V.L.; CHAVES, A.M.B; NÓBREGA, M.S.G. Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção de saúde oral materno-infantil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.4, n.3, p.259-64, Set/Dez. 2004.
13. MOURA, L.F.A.D.; MOURA, M.S.; TOLEDO, O.A. Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, v.4, n.17, p.10-14, Jan/Fev. 2007
14. PINTO, G.V. **Saúde Bucal Coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000. 541p.
15. POLITANO, G.T; PELLEGRINETTI, M.B; ACHEVERRIA, S.R; IMPARATO, J.C.P. Avaliação da informação das mães sobre cuidados bucais com o bebê. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, v.7, n.36, p.138-48, 2004.
16. ROCHA, A.M.L.; NASCIMENTO, R.M.; PEREIRA, V.A.S. Saúde oral em bebês entre 0 e 6 meses de idade. JBP – Rev **Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v.7, n.36, p.204-210, 2004.
17. TEN CATE. A.R. **Histologia Bucal**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,
18. VOLPATO, L.E.R.; FIGUEIREDO, A.F. Estudo da clientela do programa de atendimento odontológico precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.1, p.45-52, 2005.
19. WALTER, L.R.F.; NAKAMA, R. Prevenção da cárie dentária através da identificação, determinação e controle dos fatores de risco em bebês – Parte I. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, v.1, n.3, p.91-100, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Renata Mesquita e Oliveira, estudante do Curso de Pós-Graduação em Odontologia – Mestrado em Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Catarina e estou desenvolvendo a pesquisa chamada “Expectativa materna frente ao atendimento odontológico na primeira infância”.

O objetivo da pesquisa é conhecer as expectativas dos pais ou responsáveis frente ao atendimento odontológico do bebê. Individualmente será entregue um questionário aos pais ou responsável da criança com perguntas referentes a este assunto. Este estudo não oferece desconforto ou risco para os participantes da pesquisa, apenas tomará alguns minutos do seu tempo.

Vocês têm liberdade para aceitar participar ou não deste estudo, sem que haja qualquer prejuízo ao atendimento e ao tratamento odontológico de sua criança. Para participar, é necessário que você aceite fazer parte da pesquisa por livre e espontânea vontade. Caso aceite participar, é garantido que todas as informações pessoais recebidas serão mantidas em segredo e só serão utilizadas neste trabalho. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou desistir de fazer parte do mesmo, pode entrar em contato comigo pelo telefone (48) 9980-1550.

Confiabilidade: os participantes terão direito a privacidade, não sendo divulgada sua identidade.

Renata Mesquita e Oliveira

Eu, _____, responsável pelo menor _____ fui esclarecido sobre a pesquisa “Expectativa materna frente ao atendimento odontológico na primeira infância” e concordo que os dados do meu filho sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, ____/____/____.

Assinatura: _____

RG: _____

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO

Esta é uma pesquisa realizada por mim, Renata Mesquita e Oliveira, aluna do Curso de Mestrado em Odontopediatria da UFSC, que tem como objetivo avaliar a expectativa dos pais ou responsáveis frente ao atendimento odontológico na primeira infância. Peço, depois de lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um minuto de seu tempo para responder estas perguntas referentes ao estudo proposto.

Obrigada.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
1. Data de nascimento da criança ____/____/____.	NASC
2. Idade da criança (anos e meses) _____	IDADE
3. Quantos irmãos a criança tem? (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro (5) Mais que quatro (99) Nenhum	IRMÃOS
4. Qual a posição que a criança ocupa entre os irmãos? (1) Mais velho (2) Mais novo (3) Do meio (99) Não se aplica	POSICAO
5. Com quem a criança convive a maior parte do tempo? (1) Só com a mãe (2) Só com o pai (3) Com o pai e a mãe (4) Com a Vo (5) Com babá (6) Outro. Quem? _____	CONVIVE
6. Qual a sua ocupação? _____	OCUPACAO
7. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	SEXO
8. Até que série você estudou e que completou? _____	SERIE
IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	
9. Como você ficou sabendo da clínica de bebês da Universidade Federal de Santa Catarina? (1) Através do hospital ou posto de saúde (2) Através de amigos / parentes (3) Faço meu atendimento odontológico nesta universidade (4) Tenho outro filho que já é (ou foi) atendido aqui (5) Outros. Qual? _____	CONHECIMENTO
10. O que fez você procurar o atendimento odontológico para o seu bebê? (1) Para conhecer o trabalho que é feito (2) Prevenir doenças da boca	PROCURATENDIM

(3) Meu filho reclama de dor no dente (4) Meu filho tem cárie (5) Outros. O quê? _____ (6) () Não sei	
11. A partir de que época você acha ideal a primeira visita da criança ao dentista? (1) Ainda durante a gravidez (2) Antes de nascerem os primeiros dentes (3) Quando nascerem os primeiros dentes (4) Quando a criança apresentar algum desconforto ou dor (5) Outros. Qual? _____ (88) Não sei	EPOCAIDEAL
12. Você teve alguma informação durante a gravidez sobre a saúde bucal de seu bebê? (1) Sim (2) Não	INFORMGRAVID
13. Se sim, com quem? (1) Dentista (2) Ginecologista / Obstetra (3) Palestras (em escolas ou postos de saúde) (4) Pediatra (5) () Outros. Quem? _____ (88) Não sei / não lembro (99) Não se aplica	INFORMPROFISSION
HABITOS DE AMAMENTACAO E SUCCAO	
14. Até que idade seu filho amamentou exclusivamente no peito? (1) Menos de 6 meses (2) 6 meses (3) Mais de 6 meses (4) Não mamou (88) Não sei	AMAMEXCLUS
15. Até que idade (ano e mês) seu filho amamentou no peito, mesmo comendo outros alimentos? _____ (88) Não sei	AMAMENTOTAL
16. Seu filho toma mamadeira? (1) Nunca tomou (2) Já tomou e parou (3) Sim, toma _____ vezes ao dia	MAMADEIRA
17. Seu filho chupa dedo ou chupeta? (1) Sim (2) Não	CHUPETADEDO
HABITOS DE HIGIENE	
18. Quem realiza a higiene bucal de seu filho? (1) Mãe (2) Pai	HIGIENEBUCAL

(3) Vó/Vô (4) Babá (5) Ainda não é realizada (6) Outro. Quem? _____	
19. De que maneira é realizada a higiene bucal de seu filho? (1) Gaze ou fraldinha (2) Dedeira (3) Escova de dente (4) Outros. Qual? _____ (99) Não se aplica	MANEIRAHIGIENE
20. Você tem dificuldade para realizar a higiene bucal de seu filho? (1) Sim, pouca dificuldade (2) Sim, muita dificuldade (3) Não tenho dificuldade (99) Não se aplica	DIFICULDHIGIENE
21. Utiliza creme dental? (1) Não (2) Sim, com flúor (3) Sim, sem flúor (88) Não sabe / não respondeu (99) Não se aplica	CREMEDENTAL
ATITUDE DOS PAIS FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	
22. Você recebeu informação quanto à maneira de atendimento odontológico do bebê aqui na UFSC como por exemplo necessidade da presença dos pais, necessidade de contenção física e esclarecimentos de dúvidas? (1) Sim (2) Não	INFORMACATENDIM
23. Você se sente segura(o) frente ao profissional que atende seu filho? (1) Sim (2) Não Por que? _____ _____ _____	SEGURANCATENDIM
24. Você acha que o atendimento odontológico pode causar traumas psicológicos no bebê? (1) Sim (2) Não (88) Não sei	TRAUMAPSICOL
25. O choro do bebê deixa você ansiosa(o) durante o atendimento odontológico? (1) Sim, pouco (2) Sim, muito (3) Não (88) Não sei	CHOROBEBE
26. Você aceita a contenção física (segurar pernas, braços e cabeça) durante o atendimento odontológico de seu bebê?	CONTENCFISICA

<p>(1) Sim (2) Não (3) Às vezes Por que? _____ _____ _____</p>	
<p>27. Você preferiria que seu filho fosse sedado ou submetido à anestesia geral para o atendimento odontológico? () Sim () Não Por que? _____ _____ _____</p>	SEDACAO

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ETICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO –
PROJETO Nº 022/2007

Título do Projeto: EXPECTATIVA DE PAIS OU RESPONSÁVEIS FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Joecí de Oliveira

Instituição onde será realizado o estudo: Clínica de bebês do Centro de Ciências da Saúde - UFSC

Data da apresentação ao CEP: Fevereiro 2007

Objetivo: Determinar as expectativas dos pais ou responsáveis frente ao atendimento odontológico na primeira infância

PARECER

Esse parecer trata do projeto de dissertação intitulado EXPECTATIVA DE PAIS OU RESPONSÁVEIS FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NA PRIMEIRA INFÂNCIA, que deu entrada no CEPESH em fevereiro de 2007, tendo como pesquisadora responsável a Profª Drª. Joecí de Oliveira, do departamento de estomatologia da UFSC e, como pesquisadora principal, a mestrande Renata Mesquisa de Oliveira, do programa de pós-graduação em odontologia, da UFSC.

Segundo consta da documentação apresentada ao CEPESH, esta pesquisa será realizada entre fevereiro e julho de 2007, na UFSC.

A documentação apresentada traz a folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável, bem como assinada e carimbada pelo diretor do Centro de Ciências da Saúde, representando a instituição onde a pesquisa será realizada.

O projeto apresenta um orçamento de 2.200,00 reais, e ocorrerá totalmente às custas da pesquisadora principal.

A pesquisa surge da preocupação em identificar a percepção a respeito da prevenção à saúde bucal de bebês na perspectiva da compreensão dos pais ou responsáveis. Sua finalidade é a melhoria do atendimento preventivo em relação a cáries em crianças nos primeiros meses de vida, a partir do entendimento mais aprofundado que o profissional da odontologia tem sobre as expectativas do público atendido.

A metodologia é um estudo transversal e descritivo, com eixo temporal contemporâneo, e utilizar-se-á da aplicação de um questionário e da análise do prontuário.

A forma de abordagem aos sujeitos da pesquisa será feita na sala de espera da Clínica de Bebês enquanto os pais ou responsáveis aguardam o atendimento da criança.

A amostra do estudo será composta de pais ou responsáveis de crianças de zero a 36 meses atendidas na Clínica de Bebês da UFSC

Dentre os itens que compõem a documentação, constam: declaração da pesquisadora principal e da pesquisadora responsável de que cumprirão os termos da resolução CNS 196/96 e suas complementares; e declaração do diretor do CCS dando ciência de que aquela instituição está de acordo com a pesquisa e todas as exigências legais.

O TCLE está escrito de forma clara, concisa e simples.

Do ponto de vista formal, o projeto apresenta-se bem estruturado.

Quanto às pesquisadoras, seus currículos mostram que as mesmas possuem formação, produção e atividades na área da odontologia, estando, portanto, qualificadas à execução da pesquisa.

A investigação é pertinente e contribui para a busca de informações sobre prevenções em relação à saúde bucal. Pelo exposto somos de parecer favorável.

(X)Aprovado

- Data da Reunião

Florianópolis, 26 de março de 2007 ~



Prof. Wellington Fortela de
Coordenador do CEP-UFSC

Fonte: CONEP/ ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CN S.

O TCLE está escrito de forma clara, concisa e simples.

ANEXO 2 – NORMAS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
PARA ELABORAÇÃO DE DISSERTAÇÕES E TESES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA FONE/FAX (48) 3319531
e-mail:cpgo@ccs.ufsc.br

Normalização do Programa de Pós-Graduação em Odontologia para apresentação do trabalho de conclusão do Curso no Mestrado e Doutorado

O Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, resolve aprovar medidas para sistematizar a apresentação dos trabalhos de conclusão de curso para a obtenção do título de Mestre e Doutor em Odontologia, na área que esteja cursando.

Os trabalhos poderão ser apresentados respectivamente na forma de Tese, Dissertação e Artigo para Publicação.

- 1) As formas de Dissertação e Tese seguirão as normas estabelecidas pela ABNT, já utilizadas por este programa.
- 2) No formato de artigo para publicação o trabalho deverá ser apresentado na forma que segue:

CAPITULO I

- 1) Resumo, 2) Abstract : Este itens deverão estar na forma como é apresentado nas Teses e Dissertações, ou seja, deve conter o conteúdo total do ou dos artigos apresentados.

CAPITULO II

- 1) Introdução: A introdução deve ser geral, contendo uma revisão da literatura objetiva e concentrada dos trabalhos principais e mais relevantes. Deve incluir a proposta do trabalho e seus objetivos.

CAPITULO III

- 1) Artigo para Publicação: Poderão ser incluídos um ou mais artigos que estejam relacionados com a proposta e objetivos do trabalho.
 - A) O(s) artigo(s) deverá(ao) apresentar a formatação (resumo, introdução, material e métodos, discussão, conclusão, referências, gráficos, figuras, tabelas etc.) de acordo com a revista a que será submetido.
 - B) O(s) artigo(s) produzido(s) para a obtenção do título de Mestre e Doutor, deverá(ao) ser de preferência para publicação em Revistas Qualis A ou B Internacional secundariamente em Qualis C Internacional ou A Nacional.
 - C) O(s) artigo(s) produzido(s) deverá(ao) ser apresentados em Português e no idioma da revista de destino.

CAPITULO IV

- 1) Bibliografia Consultada: Este tópico servirá para a colocação das referências que entraram na introdução geral e metodologia, mas que não fazem parte do(s) artigo(s), conforme ABNT ou Vancouver.

CAPITULO V

- 1) Anexos e Apêndices: Farão parte deste tópico:
 1. Partes da Metodologia que não entraram no artigo como:
Metodologia expandida, ou seja, textos preliminares ou textos coadjuvantes ou outras explicações necessárias, banco de dados originais, tratamento estatístico etc.
 2. Forma de consentimento livre e esclarecido, se necessário
 3. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (humanos e animais), se necessário

4. Relação de outros trabalhos publicados ou enviados para publicação durante o Mestrado e ou Doutorado

Esta norma estabelece modificação do Artigo 56 do Regimento do Programa de Graduação em Odontologia que passa ter a seguinte redação:

Art 56 - Após a defesa da dissertação, tese ou artigo científico para publicação, deverá ser entregue à Coordenação do Programa, em até 90 (noventa) dias, 2(dois) exemplares do trabalho de conclusão de curso na forma apresentada e 2(duas) cópias eletrônicas, onde constem as correções e sugestões feitas pela Banca Examinadora, resumo de 10(dez) linhas para Biblioteca Central, bem como comprovante de envio do artigo para a revista a qual será submetido à publicação .

ANEXO 3 – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO 1

JDC

INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

Journal of Dentistry for Children

1

Instructions to Contributors

INTRODUCTION

Journal of Dentistry for Children, a journal of the American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), is published 3 times per year to promote practice, education, and research specifically related to the specialty of pediatric dentistry. Manuscripts are accepted for consideration if neither the article, nor any part of its essential substance, tables, or figures has been or will be published in another journal or is simultaneously submitted to another journal. Published papers do not necessarily represent the views of the editor, the AAPD Communications Department, or the American Academy of Pediatric Dentistry.

TYPES OF ARTICLES

The journal publishes full-length scientific articles not exceeding 8 printed pages (20 double-spaced 8 1/2x11-in document pages; font no smaller than 11-point Times New Roman or Arial); and clinical articles and case reports not exceeding 4 printed pages (10 double-spaced 8 1/2x11-in document pages).

SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

Submission of manuscripts to Journal of Dentistry for Children occurs online through the ScholarOne Manuscript Central Web site at <http://mc.manuscriptcentral.com/jdentchild>. No hard copy submissions will be accepted. Submitting authors must set up an online account and provide all information requested during the online submission process, including: corresponding author's contact information; names, titles, academic degrees, and affiliations of all authors; short title; and 3 to 5 keywords. This information should also appear on the first page of the UNBLINDED version of the manuscript but should be removed from BLINDED version along with any references to names, authors, or institutions. Both an UNBLINDED and BLINDED version of the manuscript must be uploaded. Tables and graphs should appear at the end of the main document, while photos and photomicrographs should be submitted as separate files (.jpg or .tif format).

Prior to submission, the corresponding author must guarantee that the article has not been published, and is not being considered for publication elsewhere. Submission of multi-authored manuscripts implies participation of each of the authors in the preparation of the paper. Only individuals who have made a significant contribution to the study or manuscript should be listed as authors. The efforts of others should be noted in the Acknowledgements section at the end of the manuscript. The corresponding author should submit the following statement: "All authors have made substantive contribution to this study and/or manuscript, and all have reviewed the final paper prior to its submission."

Authors (including authors of letters to the editor) are responsible for disclosing all financial and personal relationships that might bias their work. If such conflicts exist, the authors must provide additional detail in the appropriate text box during online submission. Funding sources for the work being submitted must be disclosed in the Acknowledgments section of the manuscript.

MANUSCRIPT ORGANIZATION

Scientific articles should be organized under the following headings: Abstract, Introduction, Methods, Results, Discussion, Conclusions, Acknowledgments, and References. The Introduction section should include only pertinent references. When included for a study, the Methods section should be sufficiently detailed to replicate the study. The Results section should include only results and not discussion of the data. The Discussion section should discuss the results, but not repeat them. The Conclusions section should consist of succinct, numbered statements that are supported by the results of the study. They should not repeat the Results section. Clinical articles and case reports should include: brief unstructured Abstract, brief Introduction, Description of Case or Clinical Technique, Discussion (if any), Acknowledgments (if any), and References (if any). Literature reviews should include a brief unstructured Abstract, Introduction, the Review of the Literature with appropriate subheadings, Discussion, Conclusions, Acknowledgments, and References.

ABSTRACTS

All submissions must include an abstract. Abstracts should be brief providing the reader with a concise but complete summary of the paper. Generalizations such as “methods were described” should not be used. Scientific articles should have a structured abstract of approximately 200 words with the following sections: Purpose, Methods, Results, and Conclusions. Clinical articles, case reports, and literature reviews should have an unstructured abstract consisting of not more than 150 words.

EDITORIAL STYLE

Papers will be published in English, using American spelling. Authors should express their own findings in the past tense and use the present tense where reference is made to existing knowledge, or where the author is stating what is known or concluded. Footnotes should be avoided and their content incorporated into the text. Numbers should be represented as digits; only numbers beginning a sentence should be spelled out. The editors reserve the right to revise the wording of papers in the interest of the journal’s standards of clarity and conciseness.

Instructions to Contributors

Units of measure: Authors should express all quantitative values in the International System of Units (SI units) unless reporting English units from a cited reference. Figures and tables should use SI units, with any necessary conversion factors given in legends or footnotes. All numbers should be expressed as digits, and percent values should be expressed as whole numbers. Laboratory data values should be rounded to the number of digits that reflects the precision of the results and the sensitivity of the measurement procedure.

Statistical tests: The results of all statistical comparisons should be reported to include the statistical test value and the associated P value and confidence interval, if appropriate. If $P \geq .01$, the actual value for P should be expressed to 2 digits, whether or not P is significant, unless rounding a significant P value expressed to 3 digits would make it nonsignificant (eg, $P = .049$, not $P = .05$). If $P < .01$, it should be expressed to 3 digits (eg, $P = .003$, not $P < .05$). Actual P values should be expressed unless $P < .001$. Nonsignificant values should not be expressed as “NS.” For confidence intervals, the number of digits should equal the number of digits in the point estimate. For example, for an odds ratio of 3.56, the 95% confidence interval should be reported as “1.23, 5.67,” not as “1.234, 5.678.”

Tooth names: The complete names of individual teeth should be given in full in the text of articles using the following convention: [primary/permanent] [maxillary/mandibular] [right/left] [central/lateral or first/second/third] [tooth type]. Examples: “primary maxillary right first molar,” “permanent mandibular first molars,” but “mandibular right second premolar.” In tables these names may be abbreviated by the Universal system (A-T for primary teeth, 1-32 for permanent teeth).

Commercially-produced Materials: Any mention of commercially produced materials, instruments, devices, software, etc, must be followed by the name of the manufacturer and the manufacturer’s location in parentheses. Example: “... in an Excel spreadsheet (Microsoft, Inc, Seattle, Wash).”

PERMISSIONS

For materials taken from other sources, a written statement from the authors and publisher giving permission to Journal of Dentistry for Children for reproduction must be provided. Waivers and statements of informed consent must accompany the manuscript when it is submitted for review. Waivers should accompany any photograph showing a human subject unless the subject’s features are blocked enough to prevent identification.

HUMAN AND ANIMAL SUBJECTS

Manuscripts of research involving human or animal subjects must state in the Methods section that the study was approved by an Institutional Review Board (IRB) or other institutional research ethics committee using language similar to “...this institutionally approved study...” IRB approval for human subjects must also be obtained if the study involved the use of tissues from humans (eg, extracted teeth), or work produced by humans (eg, systematic analyses and meta-analyses). When human subjects have been used, the text should indicate that informed consent was obtained from all participating adult subjects, and parents or legal guardians of minors or incapacitated adults. If required by the authors’ institution, informed assent must be obtained from participating children at or above the age specified by the institution. The cover letter for the manuscript must contain a statement similar to the following: “The procedures, possible discomforts or risks, as well as possible benefits were explained fully to the human subjects involved, and their informed consent was obtained prior to the investigation.”

FIGURES

Graphics/photos should be at least 4X6 in and provided at a minimum resolution of 300 dpi as a .tif or .jpg file; photomicrographs must include a scale labeled with a convenient unit of length (eg, 50 μm); and graphs should be inserted at the end of the main Word document. Figures should be numbered in Arabic numerals in the order of the first citation in the text. Legends for each figure must be printed on a separate page. Include a key for symbols or letters used in the figures.

Legends to illustrations should be understandable without reference to the text. A key for any symbols or letters used in the figure should be included. If illustrations, tables, or other excerpts are included from copyrighted works the author is responsible for obtaining written permission from the copyright holder prior to submitting the final version of the paper. Full credit must be given to such sources with a superscript reference citation in the figure legend. Reference citations in figure legends or captions should follow numerically the reference number in the text immediately preceding mention of the figure. Figures take up additional page space and should be limited to those that add value to the text.

TABLES

Tables should be double-spaced, appear on separate pages, and should be titled and numbered in Arabic numerals in the order of the first citation in the text. Short headings should appear at the top of each column. Explanatory matter should be placed in captions, not in the title. For footnotes, use the following symbols in this sequence: *, †, ‡, §. Tables should be understandable without alluding to the text. Due to space limitations, only tables adding value to the text should be included.

ACKNOWLEDGMENTS

Funding and other sources of support must be disclosed in the Acknowledgements section. Personal acknowledgments should be limited to appropriate professionals who have contributed intellectually to the paper but whose contribution does not justify authorship.

REFERENCES

References should be relevant to the material presented and identified by superscript Arabic numerals in the text. A list of all references should appear at the end of the paper in numeric order as they are cited in the text. Journal abbreviations are those used by Index Medicus. Reference style is that used by the Journal of the American Dental Association http://www.ada.org/prof/resources/pubs/jada/authors/auth_general.asp#style). The following are sample references:

Journal: Bogert TR, García-Godoy F. Effect of prophylaxis agents on the shear bond strength of a fissure sealant. *Pediatr Dent* 1992;14:50-1.

For journals, list all authors when there are 6 or fewer; when there are 7 or more, list the first 3, then “et al.” Page numbers should be elided where possible. For example: 12-8, 347-51.

Book: Bixler D. Genetic aspects of dental anomalies. In: McDonald RE, Avery DR, eds. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 5th ed. Philadelphia: CV Mosby Co;1987:90-116.

Article, report, or monograph issued by a committee, institution, society, or government agency: Medicine for the public: Women’s health research. Bethesda, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health; 2001. DHHS publication 02-4971.

World Wide Web: Centers for Disease Control and Prevention. Water Fluoridation. Available at: “<http://www.cdc.gov/oralhealth/waterfluoridation/index.htm>”. Accessed June 18, 2006.

Authors citing material from the World Wide Web should use WebCite (www.webcitation.org), a free service for authors who wish to archive their Web references to ensure that cited Web material will remain available to readers in the future. Web citations archived on WebCite will not disappear in the future.

Authors should provide direct references to original sources whenever possible. Avoid using abstracts as references. Avoid references to papers accepted but not yet published, if possible. If such a citation is necessary, these papers should be cited as being “in press,” and verification that they have been accepted for publication must be provided. Where possible, references of easily accessible material are preferable to dissertations, theses, and other unpublished documents. Authors should avoid citing “personal communication” unless it provides essential information not available from a public source. In those cases, the name of the individual providing the information and the date of communication should be provided in parentheses in the text and not as a numbered reference. Authors should obtain written permission and confirmation of accuracy from the source of a personal

communication; this permission should be submitted as a supplementary document at the time of manuscript submission.

Authors should verify the accuracy of all references and are responsible for ensuring that no cited reference contains material that was retracted or found to be in error subsequent to its publication.

COPYRIGHT

All authors must agree to the terms of copyright transfer as indicated during the online manuscript submission process. The American Academy of Pediatric Dentistry owns copyright of any contribution. The AAPD and its licensees have the right to use, reproduce, transmit, derivate, publish, and distribute the contribution, in the journal or otherwise, in any form or medium. Authors will not use or authorize the use of the contribution without the AAPD's written consent, except as may be allowed by US fair use law.

Revista Brasileira de
Saúde Materno Infantil

Brazilian Journal of
Mother and Child Health

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

ISSN 1519-3829 *versão
impressa*
ISSN 1806-9304 *versão online*

Escopo e política

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares (*peer review*) - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

Direitos autorais

Os trabalhos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os trabalhos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos trabalhos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Comitê de Ética

A declaração de Helsinki de 1975, em 2000 deve ser respeitada.

Também serão exigidos para os artigos nacionais a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade,

prioridade e oportunidade. O *rationale* deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento do Comitê Editorial, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não aprovado. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista.

Seções da Revista

Editorial

Revisão apresentação do histórico da evolução científica e avaliação crítica de um tema, tendo como suporte para a investigação a literatura considerada relevante. Revisões sistemáticas são recomendadas quando oportunas e terão prioridade frente a revisões narrativas.

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a justificativa para a pesquisa e o objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descreve a população estudada, os critérios de seleção e exclusão da amostra, define as variáveis utilizadas e informa a maneira que permite a reprodutibilidade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados, além da análise estatística; *Resultados*: são apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em seqüência lógica e apoiados nas ilustrações: tabelas e figuras - gráficos, desenhos, fotografias; *Discussão*: interpreta os resultados obtidos e verifica a compatibilidade entre estes resultados e os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes, vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho. Os trabalhos deverão ter no máximo 25 páginas e recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre um tema original (máximo de cinco páginas).

Ponto de Vista opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado nos últimos dois anos ou

em redes de comunicação on line (máximo de cinco páginas).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista (máximo de três páginas).

Artigos especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas.

Forma e preparação de manuscritos

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos encaminhados à Revista deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, em espaço duplo, impresso em duas vias, acompanhados por um CD-Rom; podem também, ser enviados via *e-mail*.

Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem declarar que o mesmo não foi publicado e não está sendo submetido a outro periódico, nem o será enquanto em processo de avaliação.

Estrutura do manuscrito

Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

Página dos Resumos deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais e Notas de Pesquisa deverão ter no máximo 250 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. Nos Artigos de Revisão o formato narrativo dispensa o uso de resumo estruturado o qual deverá ter no máximo 150 palavras.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a dez palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os *Descritores em Ciências da Saúde* (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a

estes vocabulários.

Página das Ilustrações as tabelas e figuras (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte.

Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número de 30 referências. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista

Lopes MCS, Ferreira LOC, Batista Filho M. Uso diário e semanal de sulfato ferroso no tratamento de anemia em mulheres no período reprodutivo. Cad Saúde Pública 1999; 15: 799-808.

Livro

Alves JGB, Figueira F. Doenças do adulto com raízes na infância. Recife: Bagaço; 1998.

Editor ou Compilador como autor

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of antihypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53

Congresso considerado no todo

Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

Dissertação e Tese

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no estado da Paraíba [tese doutorado]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

Documento em formato eletrônico

Pellegrini Filho A. La BVS y la democratización del conocimiento y la información en salud. 1999. Disponível em URL: [Http://www.bireme.br/bvs/reuniao/doc/pellegrini.htm](http://www.bireme.br/bvs/reuniao/doc/pellegrini.htm) [2000 Jan 16]

Envio de manuscritos

Os trabalhos deverão ser encaminhados para:

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira - IMIP
Secretaria Executiva
Rua dos Coelho, 300. Boa Vista
Recife, PE, Brasil CEP 50.070-550
Tel / Fax: +55 +81 2122.4141
E mail: revista@imip.org.br
Site: www.imip.org.br

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]
